

11 Rehabilitace v pediatrii

11.1 Rehabilitační ošetřovatelství

Je uplatnění rehabilitačních principů do ošetřovatelských úkonů s cílem zkvalitnit základní péči o pacienta.

Positivní vliv této péče je založen ne tzv. sumaci podnětů, opakovaném, dlouhodobém a především nepřetržitým využívání jednoduchých, ale nepřetržitých úkonů. Všichni, kteří se podílejí na péči o pacienta, včetně rodinných příslušníků, musí umět praktickou manipulaci s pacientem a vždy pamatovat na rehabilitační ošetřování.

Rehabilitační ošetřovatelství je zaměřeno k prevenci primárních a sekundárních změn. Pravidla rehabilitačního ošetřovatelství je nutné provádět celých 24 hodin, vždy s ohledem na zdravotní stav pacienta.

Mezi základní úkony rehabilitačního ošetřovatelství patří:

1. polohování
2. manipulace s pacientem
3. péče o průchodnost dýchacích cest
4. péče o celkovou pacientovu kondici
5. prevence tromboembolické choroby
6. psychologický aspekt

11.1.1 Polohování

Polohováním rozumíme ukládání nemocného nebo částí jeho těla tak, abychom předcházeli vzniku komplikací ze špatné polohy.

V rehabilitačním ošetřovatelství se uplatňuje především polohování preventivní.

Pokud je pacient schopen měnit polohu sám, pak mu při její změně pouze dopomáháme a pak ji zajistíme pomůckami. Pokud pacient není schopen změnit polohu sám provádíme její změny pasivně. Zvolenou polohu opakovaně kontrolujeme a podle potřeby opravujeme nebo měníme. Pokud není pacient v bezvědomí vyžadujeme jeho aktivní spolupráci.

11.1.2 Manipulace s pacientem

Učíme pacienta znovu nabývat základní pohybové projevy (posouvání, přetáčení, vstávání, stoj, chůze). Pohybovou aktivitu za spolupráce pacienta zaměřujeme vždy určitým směrem, zařazujeme ji do funkčních aktivit běžného života. Pohyb provádíme pomalu, dáváme čas pacientovi na prožití pohybu a jeho uvědomění, vyvarujeme se pohybu rychle provedenému a vyvolávajícímu bolest. Kontrolu nad pohybovým provedením základních pohybových projevů získává pacient soustavným opakováním těchto činností několikrát za den pod vedením ošetřovatelského týmu. Při manipulaci dodržujeme obecné zásady, týká se to hlavně upraveného prostředí, ve kterém vertikalizaci nacvičujeme. Výběr nemocničního lůžka, židle, pojízdné židle, pracovní desky, stolu hraje důležitou roli. Nepostradatelné jsou pomůcky (polohovací polštáře, válce, klíny, popruhy, korekční podložky, dlahy, kompenzační pomůcky). Jejich výběr a zacházení s nimi musí znát celý ošetřovatelský tým pod vedením ergoterapeuta nebo fyzioterapeuta.

11.1.3 Péče o průchodnost dýchacích cest

Dýchání jako vitální funkce je vždy v popředí zájmu všech zdravotníků. Volně průchodné cesty dýchací jsou podmínkou optimální ventilace pacienta. U pacientů, kteří mají samočisticí autoregulační systém hygieny dýchacích cest omezen nebo porušen, je nutné co nejdříve obnovit volnou průchodnost. Péče o ni patří k základním pravidlům rehabilitačního ošetřovatelství. Základem je individuální spolupráce sestry a fyzioterapeuta. Péče o průchodnost se zajišťuje pomocí inhalací, uvolňování hlenů a stimulace prohloubeného dýchání, odsávání hlenů, manipulace a polohování pacienta s cílem volné a snadné ventilace.

Inhalace pomáhá zkapalnit hlen. Inhalátory mění tekutý lék na mlhovinu nebo jemně rozptýlené malé částice, které se vdechováním dostanou přímo na místo, kde mají účinkovat.

Uvolňování hlenů a stimulace prohloubeného dýchání - kombinace inhalace a prohloubeného dýchání provádíme jednak manuálním kontaktem jednak manuálními manévry na hrudníku pacienta. Kontaktní plochou jsou dlaně zdravotníka a podklíčkové oblasti hrudníku, oblast sternu a oblast dolních žebér. Manuální manévry doprovází přirozené dechové pohyby hrudníku. Finálnímu odstranění sputa z dýchacích cest pomáhá kompresní fixace dolních žebér v jejich výdechovém postavení.

Odsávání uvolněných hlenů - odstranění uvolněných hlenů z dýchacích cest patří k základům ošetřovatelské péče. Rychlého uvolnění většího množství sputa lze dosáhnout nejen kontaktním dýcháním, ale také cílenou aktivitou pacientova výdechu, a to i při jeho neschopnosti vědomě spolupracovat. Uvolněné sputum je nutno rychle odstranit, důležitá je koordinovaná činnost sestry a fyzioterapeuta.

Manipulace a polohování pacienta s cílem volné a snadné ventilace - polohy, ve kterých je dýchání volné a je zajištěna dobrá průchodnost dýchacích cest, jsou široce známé. Samotný proces dýchání není jen fyziologickým procesem, ale také velice specifickou pohybovou aktivitou. Volně přístupný hrudník s tzv. nultým postavením hlavy (event. mírným záklonem v krční páteři), představuje optimální polohu pro zajištění potřebných ventilačních parametrů.

Využití dechových trenažérů a uplatnění technik respirační fyzioterapie – využívají se větrníčky nebo lehké předměty z papíru, do kterých děti foukají. Na doporučení hygieniků a epidemiologů a také z fyzioterapeutického hlediska pro nekontrolovatelný výdechový odpor (není kontrola jak silně dítě balonek, rukavici nafukuje) se **NEDOPORUČUJE BUBLÁNÍ DO VODY A NAFUKOVÁNÍ GUMOVÝCH PŘEDMĚTŮ/RUKAVIC!**

Respirační fyzioterapie:

Techniky hygieny dýchacích cest – expektorace s kontrolou kašle

Dechové trenažéry (individuální) v pooperační a JIP péči: inspirační – ovlivňují distribuci nadechovaného vzduchu – ventilaci, expirační – podporují expektoraci – prevence plicních komplikací.

Účinné je samotné opakované cvičení pacienta, sestra kontroluje, zda bylo provedeno.

11.1.4 Péče o celkovou pacientovu kondici

Prostředek, který se využívá je kondiční cvičení. Pacient jej provádí s fyzioterapeutem, nejlépe za přítomnosti doprovodu (rodičů). Podle zdravotního stavu provádí pacient cvičení aktivně sám, pokud to není možné provádí jej pasivně nebo s dopomocí (asistované pohyby) fyzioterapeut. Za dohledu ošetřujícího personálu opakuje cvičení několikrát denně.

11.1.5 Prevence tromboembolické nemoci

Již pouhá elevace dolních končetin může zrychlit průtok krve hlubokým žilním systémem až o 40%. Plantární a dorzální flexe několikanásobně průtok žilním systémem zvyšuje. Velmi důležitá je instruktáž pacienta fyzioterapeutem, doporučuje se provádět aktivní plantární a dorzální flexi v hlezení kloubu po dobu nejméně 1 minuty s 60 minutovými intervaly, vhodné jsou i krouživé pohyby dolními končetinami v koleních a kyčelních kloubech – šlapání na kole.

11.1.6 Psychologický aspekt

Pacienta je potřeba v době nemoci chválit za sebemenší pokrok. Povzbuzovat k další rehabilitaci. Všichni účastníci musí být trpěliví, vlídní, laskaví.

Doc.PaedDr. Libuše Smolíková, Ph.D Klinika rehabilitace a TVL 2. LF UK Praha a FN Motol, 16.2.2011

11.2 Bobath koncept

Koncept manželů Bobathových vychází z neurofyziologických poznatků o vývoji motoriky dítěte, někdy bývá označován jako neurovývojová léčba. Terapie je funkčně (prakticky) založená, terapeut provádí s dítětem pohybové aktivity, které se vyskytují v běžném životě. Využívá se vlastní aktivity dítěte, kterou terapeut svým vedením modifikuje a za použití specifických technik dítěti umožňuje prožití normálního pohybu. Rodič j instruuován v tzv. handlingu – manuálním vedení.

Handling je každodenní zacházení s dítětem. Je potřeba, aby byl sladěn s potřebami dětí a jejich rodičů. Pokud je prováděn správně má terapeutický význam. Handling provádějí nejen rodiče, ale všichni, kteří s dítětem pracují (sestry, fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut, učitel apod.). Jedná se o týmovou práci. Handlingem ošetřujeme pacienty s motorickými, sensorickými a kognitivními poruchami. Handling trvá 24 hodin denně a prolíná se oblékáním a svlékáním dítěte, přenášením, příjmem potravy a pití, koupáním, hrou, učením, polohou při spaní a dopravou.

Zásady při krmení: Krmení se všemi aspekty předchází rozvoji řeči.

- kontrola držení trupu a hlavy
- protažení šíje a postavení brady
- postavení nohou
- symetrie postury
- pohodlí dítěte
- stabilita dítěte
- umístění jídla
- postura asistenta
- volnost rukou dítěte
- bezpečnost

Při handlingu dítě získává mnoho tělesných zkušeností, je uváděno do aktivních průběhů, přijímá stimulační (hluboké čítí, vestibulární podněty apod.), prostřednictvím častého přenášení těžiště je měněna naléhající plocha.

Respirační handling:

Využívá principy z vývojové kineziologie, kombinuje drenážní techniky respirační fyzioterapie s neurofyziologickou facilitací dýcháním, podporuje optimální pohybový vývoj, má pozitivní vliv na děti s respiračním diskomfortem, byl vyvinut speciálně pro kojence a batolata s Cystickou fibrózou. Je také indikován u novorozenců, kojenců, batolat s respirační insuficiencí. Nyní také pro děti s bronchopulmonální dysplazií. Formuje motorický projev dýchání již v novorozeneckém období. Ve starším věku je základem ekonomického způsobu dýchání, s možností prevence únavy respiračních svalů, je prevence nežádoucích respiračních příznaků.

11.3 Vojtova metoda:

Vychází z poznatků (vývojová kineziologie, vývojová neurologie) o optimálním vývoji dítěte do 1 roku života. V praxi se terapeut snaží nastavením dítěte do předem daných poloh a stimulací určitých bodů na těle, tzv. spouštěcích zón, vyvolat ideální pohybové vzory, které jsou u dítěte narušeny nebo zcela chybí. Metoda nevyžaduje spolupráci dítěte, pohyb je aktivován mimovolně, proto se tato metoda někdy označuje jako metoda reflexní lokomoce (reflexní = bez vlastního úsilí pacienta, lokomoce = pohyb vpřed).

Vrozený model ontogeneze je vybavitelný po celý život, dochází ke spontánnímu spouštění. Nejčastější pohybové vzory se nazývají reflexní plazení a reflexní otáčení spouštěné drážděním spouštěcích zón. Dítě se pohybům neučí, principem je aktivace celé příčně pruhané svaloviny. Terapie se provádí 5x denně, dobu stimulace určí fyzioterapeut. Vojtovu metodu je možné provádět u dětí v podstatě od narození, jakmile je zjištěn nějaký problém ve vývoji. Určitým negativem metody je pláč dítěte při terapii. Důležité je vědět, že dítě nepláče proto, že by ho cvičení bolelo, ale proto, že terapeut stimuluje pohyby pro dítě nepřirozené, které není schopno samo provést a pláčem dává najevo svou nelibost.

Jsou ovlivněny systémy: dechový, vylučovací, orofaciální hybnost – řeč, polykání....).

Indikace k aktivaci reflexní lokomocí:

Infantilní cerebrální paréza (ICP), též známá pod zkratkou DMO (dětská mozková obrna), což je nesprávně neboť nejde o úplnou obrnu

Centrální koordinační porucha (CKP)

Dysplazie kyčelní

Pes equinovarus congenitus

Periferní parézy a další

Smolíková L. Máček M.: Fyzioterapie a pohybová léčba při chronických a akutních plicních onemocnění, 2010